様式第10（第8条関係）

**特例対象被保険者等に係る申告書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証番号 | | |  |  | | |
| 世  帯  主 | 住　　所　　鹿児島市　　　　　　　　　　　町　　　　　　　番地  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　丁目　　　　　　番　　　　　　号  個人番号  氏　　名  電話番号　　　　　　　－　　　　　　　－ | | | | | |
| 特例対象被保  険者等の氏名 | |  | | | 個　人　番　号 |  |
| 離職年月日 | | 平成・令和　　年　　月　　日 | | | 特定受給資格者 | 11・12・21・22・31・32 |
| 特定理由離職者 | 23・33 |
| 鹿児島市国民健康保険税条例第29条の規定により申告します。  　　令和　　 年　　 月　　 日  　　　　　　　　　住　　所　鹿児島市　　　　　　　　町　　　　　　　番地  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　丁目　　　　　　番　　　　　　号  　　　　　　　　　個人番号    　　　　　　　　　氏　　名    鹿児島市長　下　鶴　隆　央　殿 | | | | | | |

※太枠内のみ記載してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 軽 減 開 始 日 | 平成・令和　　 年　　 月　　 日 | 軽減終了年度 | 平成・令和 　　　　年度 |

□離職時年齢（６５歳未満）　□特例チラシ配付　□上乗せ減免説明　□限度額適用認定証確認

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （給付係） |  |  |  | （賦課係） |  |  |  |
| 記　載 | 入　力 | 照　合 |  | 記　載 | 入　力 | 更　新 | 照　合 |
|  |  |  |  |  |  |  |